

受 付 票

受付日	令和 年 月 日		
※理由	施設入所	かかりつけ医として受診	施設入所+かかりつけ
法人名(あれば)			
種別	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	医療機関
実施(契約) 医療機関・施設名			
実施(契約)医療機関・ 施設の代表者	理事長 ・ 施設長 ・ 院長 ・ 医師 ・ 所長 ・ 管理者	氏 名	

※契約者が施設の場合は「施設入所」を選択してください。

※契約者が医療機関であれば「かかりつけ医として」を選択してください。

所在地

郵便番号(半角で)	〒 —		
住所(都道府県から、 番地は数字で)			
電話番号			
予防接種 履行場所			
接種予定人数	予診票の必要枚数	人 人	
インフルエンザ			
新型コロナ			
担当者(フルネーム) (あれば担当部署も)			

受付票（記入例）

契約者が施設の場合は「施設入所」を、医療機関であれば「かかりつけ医として」に○をしてください。

10月 1日

※理由	施設入所	かかりつけ医として受診	施設入所+かかりつけ
法人名(あれば)	医療法人社団 こうのす会		
種別	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	医療機関
実施(契約) 医療機関・施設	こうのすホーム		
実施(契約)医療機関・ 施設の代表者	理事長・施設長・院長・ 医師・所長・管理者	氏 名 鴻巣 太郎	

※契約者が施設の場合は「施設入所」を選択してください。

※契約者が医療機関であれば「かかりつけ医として」を選択してください。

所在地

郵便番号(半角で)	〒 365 - 0032		
住所(都道府県から、 番地は数字で)	埼玉県鴻巣市中央2-1		
電話番号	048-543-1561	接種をする場所 (住所)を記入	
予防接種 履行場所	鴻巣市中央地内		
接種予定人数	予診票の必要枚数		
インフルエンザ	10	人	
新型コロナ	10	人	
担当者(フルネーム) (あれば担当部署も)	鴻巣 花子 (事務課)		